

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 3

DU TRAITEMENT

DES

CANCERS INOPÉRABLES DU SEIN

PAR LA CASTRATION UTÉRO-OVARIENNE

OU L'OOPHORECTOMIE SEULE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

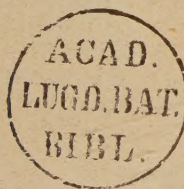
Le 19 Novembre 1904

PAR

Emmanuel LAMBOT

Né à la Celle près Brignoles (Var)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT
— — — ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O *), E. BERTIN-SANS (*)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. RAYMOND	MM. ARDIN-DELTEIL.
MOITESSIER	VIRES	SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUÉRIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIÈRE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM FORGUE, <i>président.</i>	MM. JEANBRAU, <i>agrégé.</i>
GRANEL, <i>professeur.</i>	SOUBEIRAN, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni im-
pro-
bation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

E. LAMBOT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FORGUE-

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

E. LAMBOT.

A MES AMIS

A MES MAITRES

E. LAMBOT.

Avant de commencer notre sujet, nous tenons à remercier tous nos maîtres de Marseille et de Montpellier. C'est un bien agréable devoir et bien juste que de leur rendre en reconnaissance la science qu'ils nous ont donnée.

Mais notre reconnaissance va toute particulière vers M. le professeur Forgue. Chez lui, nous avons toujours trouvé l'accueil le plus bienveillant, et, à la clinique, dans ces causeries où M. le professeur Forgue excelle à communiquer sa science en présentant un sujet quelquefois peu agréable sous une forme toujours séduisante, nous avons puisé le meilleur de notre enseignement.

A M. le docteur Reynès, professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'Ecole de Médecine de Marseille, chez qui nous avons été reçu en ami plutôt qu'en élève, nous exprimons notre bien vive et sympathique reconnaissance. Sa relation au Congrès français de chirurgie de 1903 a été le premier ouvrage paru en France sur la question ; c'est à lui que nous empruntons une partie de nos documents et une observation très détaillée.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DES CANCERS INOPÉRABLES DU SEIN
PAR LA CASTRATION UTÉRO-OVARIENNE
OU L'OOPHORECTOMIE SEULE

HISTORIQUE

DU TRAITEMENT DES CANCERS INOPÉRABLES DU SEIN
PAR L'OOPHORECTOMIE.

Sir G. T. Beatson dans son mémoire *On the treatment of inoperable cases of carcinoma of the mamma*, lu devant la Société Médico-Chirurgicale d'Edimbourg le 20 mai 1896, fait une étude générale très approfondie du cancer, de son étiologie et de son histologie. Après un exposé de ses vues, très intéressant et très documenté, il propose, dans les cas particuliers de cancers inopérables du sein, le traitement par l'oophorectomie.

Ce traitement, auquel il a été conduit par des déductions et des observations de physiologie normale parut d'abord d'une audace excessive.

Il fut employé souvent en Angleterre et en Amérique, mais difficilement accepté en France, à tel point que jusqu'à ces dernières années, même en 1903, dans un article de la *Revue de médecine et de chirurgie* (n° 10, octobre 1903) signé Barozzi et D. Majerczak, on lit :

« A l'instar de pas mal de ses contemporains, un brave homme de médecin anglais, qui a nom G. Beatson, a voulu se mêler de guérir le cancer, et il y est allé de sa petite découverte. Il peut même se vanter de nous avoir servi de l'inédit, du non encore vu, du non encore imaginé. Je crois même qu'après celle-là, il est difficile de ne pas tirer l'échelle. M. Beatson prétend guérir le carcinome mammaire sans recourir à aucun des moyens connus et surtout sans sacrifier un organe aussi utile qu'agréable ; il se borne tout simplement à ouvrir le ventre et à en extraire proprement les deux ovaires. »

Sans nous arrêter à cette critique, sans en faire d'autre pour le moment, voyons rapidement comment Beatson fut amené à pratiquer sa première opération. Il y fut poussé par les considérations suivantes, résumé de ses idées, exposées tout au long dans le mémoire de 1896 :

« Dans la lactation, il y a multiplication rapide de l'épithélium de la mamelle. Les cellules subissent une dégénérescence graisseuse au fur et à mesure de leur formation, meurent, tombent dans la lumière de l'acinus glandulaire et se mêlent au lait. Beatson apprit que certains fermiers châtraient leurs vaches laitières dans le but de maintenir d'une façon permanente ou pour un temps très long la sécrétion lactée. Dans le cancer aussi, l'épithélium se multiplie rapidement, mais, au lieu de subir la dégénérescence graisseuse et de devenir des déchets, les cellules distendent les acini, pénètrent dans les espaces lymphatiques de la mamelle et là, flottant dans le fluide nutritif, ils continuent en se multipliant et en forçant la route jusqu'aux ganglions de l'aisselle. Comme l'oophorectomie sur

la vache maintient la dégénérescence graisseuse de l'épithélium de la mamelle en lactation, Beatson pensa qu'il pouvait y avoir dégénérescence graisseuse de l'épithélium de la mamelle cancéreuse.

» Admettant que la menstruation est une manifestation de l'activité ovarienne, Beatson pensa que la cessation de la lactation était due au rétablissement de l'influence des ovaires, laquelle influence était suspendue par la gravidité de l'utérus et que, de la sorte, l'enlèvement des ovaires aboutissait à la continuation indéfinie de la sécrétion lactée.

» Il lui parut plus tard comme possible que le cancer de la mamelle puisse actuellement être dû à une certaine « irritation ovarienne » ou à « une certaine marche défectueuse dans le cycle des échanges ovariens », et que l'enlèvement des ovaires pourrait amener la prolifération des cellules cancéreuses vers un arrêt ou une dégénérescence graisseuse comme on le voit dans la lactation. »

Le début de ces recherches remonte à 1882. Beatson fut plus tard, à la suite de ses premiers « travaux sur la lactation », chargé officiellement de les compléter et eut pour cela un laboratoire. Lui-même nous fait cet historique dans son mémoire de 1896, mémoire que nous avons eu entre les mains grâce à l'obligeance du docteur Reynès, chirurgien des hôpitaux de Marseille, professeur de clinique chirurgicale et obstétricale à l'Ecole de médecine.

A la suite de ses théories, Beatson relate trois observations dont deux sont résumées dans la statistique de Boyd que nous donnons plus loin, et il en tire des conclusions d'une très haute importance théorique ; nous en citerons seulement un passage.

Voici ce que conclut Beatson :

« Nous devons regarder, chez la femme, les ovaires comme siège de la cause déterminante du carcinome, certainement de la mamelle, probablement des organes de génération en géné-

ral, et peut-être du reste du corps. J'ai senti plusieurs fois que la théorie parasitaire n'est pas satisfaisante dans beaucoup de cas, et, en concentrant nos efforts pour l'édifier, nous avons perdu du temps en cherchant ce qu'on n'a jamais trouvé, simplement parce que cela n'existe pas. »

Cette négation de la théorie parasitaire du cancer est peut-être un peu catégorique aujourd'hui, puisqu'on a prononcé le nom de *micrococcus neoformans* ; mais c'est cette conviction d'une relation physiologique entre deux organes qui amena Beatson à attribuer une influence excitatrice des processus pathologiques de l'ovaire sur la glande mammaire.

De là l'idée de supprimer la cause pour détruire ou tout au moins modérer l'effet. Telle fut l'origine de l'opération de Beatson.

Mais notre but n'est pas d'entrer dans des discussions théoriques ; nous n'avons jusqu'ici donné tous ces détails que pour faire un court historique de la question, réservant comme partie principale de notre travail : l'*observation* méticuleuse des faits, la *discussion* des résultats obtenus et les *conclusions* pratiques qu'on peut en tirer.

OBSERVATIONS

Statistique de S. Boyd — Cas dans lesquels l'oophorectomie a paru effective et considérable

CHIRURGIEN	Âge	A L'ÉPOQUE DE L'OOPHORECTOMIE			Dates de l'oophorectomie et autres opérat.	Effets de l'oophorectomie	Thyroïde	Total connu de la durée	Dernières notes après l'oophorectomie
		Menstruation	État général	Lésions superficielles	Viscères				
1. Beatson.	33	Régul.	excell.	un nodule étendu et plusieurs petits le long de la cicatrice et dans l'aisselle.	rien	Complète disparition du cancer en 8 mois.	donné avec fermeté	plus de 5 ans	Juillet 1897 (25 mois). — 2 petits nod. croissant doucement. Février 1899 (44 mois). — Nod. au-dessous de la clavic. et dans le sein droit; douleur dans le dos (12 mois). et sur la courbe cervico-dorsale; mort, avril 1899 (46 mois).
2. Boyd.	44	Régul.	bon	beaucoup d'infiltrat. dans peau et tissu cellulaire, la cicatrice, principalement dans l'aisselle et le grand pectoral; glandes derrière clavic.	rien	Sept. 92. Excis. de la tumeur. Juin 93, amput du sein. Juin 96, récidives sur l'aparcot imparfait, enlevées. Décemb. 96, oophor.	non	7-8 ans	Juillet 1901 (43 mois), santé excellente, viscères normaux. Aucune récidive.
3. Eoyd.	37	Régul.	faible	noyaux adhérs. dans la peau et tiss. cellulaire sous-cutané glandes derrière clavicule, large nodule dans la partie clav. du pectoral, nodule dans sein gauche et ganglions dans l'aisselle sciatique gauche.	rien	Mars 96. Excision du sein, pectoral et gt. Février 97. Oophorectomie.	donné pendant 1 mois 5 gt. par jour.	2 1/2 à 3 ans	Juillet 1898 (17 mois). Mort. Innombrab. nod. sur la poitrine et l'abdomen, dans le foie et l'extrémité sternale de la clavic. Survie de probablement 1 an.

4. Boyd.	39	Régul.	bon	quelq. petits noyaux dans l'aisselle.	rien	Oct. 95, excision du sein et des glandes. Mai 98, extirpation de 2 petits nodules cutanés. Sept. 99, oophorect.	de cancer évident pendant 2 mois encore. Alors nouveaux nodules dans l'aisselle. Juin (9 mois), nod. doulour. dans la cicatrice abdom. Ceux de l'aisselle augmentent. Santé bonne pour elle.
5. Hermann.	47	Irrégul. pendant 3 ans rien pen. 3 mois	bon	nod. dans grand pectoral, grosseurs autour des vaisseaux axill. masses adhérentes à la veine scapulaire.	rien	Oct. 90, excision du sein. Déc. 96, essai d'extirpation des ganglions de l'aisselle. Mars 97, oophorect.	Juillet 1900 (40 mois) Très bien.
6. Hermann.	49	Irrégul. pendant 3 mois rien pen. les 3 dern. mois	bon	récidive ulcéreuse de la cicatrice (depuis avril 96). Tumeur du sein gauche, 3 pouces 1/2 sur 2. Nov. 97, glandes dans l'aisselle gauche.	rien	Juin 95, excision du sein, etc. Oct. 95, peau malade et glandes enlevées. Juill. 98, oophorect. seule.	Avril 99 (40 mois), Excel. santé 2 st. 7 1/2 lbs. gagnés. Fév. 1900 (18 mois) retour de l'ulcération. Juillet 1900 (24 mois), nodules autour de l'ulcération, gangl. enorgés; 1 st. perdu, bonne santé.
7. Hermann.	51	Régul.	bon	masse de nodules, 3 1/2 sur 2 1/2 sur 13/8 pouces dans et autour de la cicatrice, nodules derrière clav. et dans l'aisselle, 2 dans l'aisselle gauche.	rien	Juin 95, le sein droit est enlevé. Mai 99, oophorectom.	Sept. 99 (4 mois), 3 ou 4 nodules dans l'aisselle droite, 17 lbs. gagnés. Juillet 1900 Quelque nodules et glandes, même état.
8. Hermann.	43	Régul.	bon	4 nodules dans et autour de la cicatrice, le plus gros fixé au sternum ou au 3 ^e cartil.	rien	1893, opération par-tielle. Août 97, extirpation du sein Avril 98, récidive. Juin 99, oophorect.	Février 1900 (9 mois), 2 petits nodules récidiv., 12 lbs. gagnés. Juillet, statu quo, pas de douteur.

CHIRURGIEN	Age	A L'ÉPOQUE DE L'OOPHORECTOMIE				Dates de l'oophorectomie et autres opérations	Effets de l'oophorectomie	Thyroïde	Total connu de la durée	Dernières notes après l'oophorectomie
		Menstruation	État général	Lésions superficielles	Viscères					
9. Hopkins Walters	41	Régul.	très faible émacié	7 larges nodules sur la paroi thoracique peau et tissu sous-jacents profondément fixés; ulcération allant du milieu de l'aisselle au milieu de la clavicule. Gangl. derrière clav. et sterno-mast.	rien	Nov. 90, sein droit et glandes enlevés. Oct. 96, oophorect.	Ulcération complètement guérie. Nodules et glandes presque disparus. Santé, appétit et forces revenus.	non	7 3/4	Février 98 (6 mois). Mort par invasion intra-thoracique. Elle s'occupa de son intérieur et de ses enfants, après 1 an, en très bonne santé.
10. Hopkins Walters	51	Cessées 18 mois	faible; cachexie	Enorme mamelle gauche de la dureté d'un caillou, fixée, immobile, la peau plissée sur grande étendue. Glandes dans les 2 aisselles et derrière les 2 clavicules.	rien	Mars 97, oophorectomie seulement.	Rapide régression et diminution de la mamelle, amélioration de la peau, rétraction des gangl. Amélioration des forces, de la santé et de l'appétit. Possib. de s'occuper de ses devoirs int. et sociaux.	non	15 mois	Décembre 97 (9 mois). Mort après très courte maladie. pas d'examen post mortem. L'affection locale était de nouveau en accroissement, mais n'avait jamais atteint l'état initial.
11. Pearce Gould	41	Régul.	bon	Mamelle droite infiltrée d'une grosseur récente adhérente à la peau et à la paroi. Ulcération à la surface de 1 3/4 sur 2 1/2 pouces quelques nodules autour. Masse de la grosseur d'une noix dans le sein gauche, glandes dans les 2 aisselles derrière la clavic. droite et le long du sterno-mast. Oedème du bras et avant-bras. Epaulles presque immobiles.	rien	Janvier 1900, oophorectomie seulement. Suites normales.	Dans un mois la plupart de cette lésion envahissante est disparue. En dernier lieu seulement, reste un nodule de la grosseur d'un gros pois. Etat stationn. pendant un certain temps, cet état paraissait durer en dépit du thyroïde.	tablettes de thyroïde-collod. 3 par jour		Avril 1900 (3 mois). Mort par obstruction intestinale due à envahissement. Post mortem, les nodules de la paroi, de la grosseur d'une noix de Barcelone, étaient la seule trace du cancer primitif.

12. Cheyne.	34	Régul.	excell.	Masse inopérable autour des vaisseaux axillaires.	rien	Amputation du sein. Oct. 96. oophorect.	En 6-7 mois diminution de la peau et des glandes néoplasiques.	Donné	4 ans 1/2	Mars 98. Récidive glandul. étendue. Douleur considérable.
13. Cheyne.	48	Régul.	bon	Glande fixée. (noix) derrière clavicule et sterno-mast., plusieurs glandes dans le triangle post. Bras augmenté de vol. lentement.	rien	1893. Un sein enlevé. Oct. 98. Généralisation axill. enlevée. Juillet 99. Oophorect.	En 3 mois, les ganglions engorgés ne sont plus visibles. Encore un peu d'œdème du bras et de l'avant-bras. En janvier 1900 (6 m.) encore quelq. gros-seurs derrière clavicule. Extrait thyroïde, les gros-seurs persistent. Dépression, cachexie.	Donné pend. 2-3 mois	5 ans	Juillet 1900 (12 mois). Après avoir abandonné le thyroïde elle fut subitement en santé et for-ces qui sont maintenant satisfaisantes. Les g'an-gles superficiels du tri-angle sous-claviculaire sont étendus, on ne peut plus percevoir leur taille.
14. Cheyne.	?	Elle perdait spontan. Gros fibrome	?	Vaste récédive locale.	?	Avait eu plusieurs opérations pour cancer du sein. Mai 99. Oophorect. et incomplète ablation des récédives.	Oct. 99 (5 mois). Re-tournée libre du can-cer apparent.	Donné avec fermeture	?	Juillet 1900 (14 mois). En meilleure santé qu'à cer-tains moments autre-fois. Dernièrement elle eut des grosses glandes derrière clavicule. Le fi-brome même est dis-paru.
15. Eve.	44	Régul.	bon	Récidives dans la ci-catrice, 2 nodules en arrière d'elle. Quel-ques glandes sus-clav. augmentées.	rien	1895. Extirp. du sein ulcéré et des glan-des qui n'étaient pas très affectées. Août 98. Oophorec-tomie seule. Nov. 99. On enlève la peau et les ganglions sus-clav. atteints.	En 2-3 mois, tous les signes de cancer disparaissent. Après un an, 2 nodules se forment dans la cicatrice et les ganglions de derrière la clavi-cule augmentent de vol.	?	8 ans	Juillet 1900 (25 mois). Etat général bon. Paralysie de la 5 ^e paire nerveuse, gauche 2 petits nodules sur la paroi. Les gan-glions et les viscères semblent sains.
16. Edowes.	48	Régul.	bon	Large masse dans l'aisselle, adhérences et plissement de la peau, masse dans le pectoral.	rien	Sept. 98. Extirp. du sein. Juin 99. Oophorect. seule.	Oct. 99 (4 mois). Au-cun signe de la lésion; la peau et le tissu cell. suffisam-ment mobile et élas-tique et l'aisselle suf-fisamment libre.	2 tab. par jour	4 ans	Fév. 1900 (8 m.) Destaches rouges appar. dans la peau sous l'aiss. Santé excell. Marche mieux que jamais. Va à Rome. Juil. 1900 (13 m.). Rétourne en parfaite santé: «peau en meill. état et m. enflam.»

CHIRURGIEN	Age	A L'ÉPOQUE DE L'OOPHORECTOMIE					Total connu de la durée	Dernières notes après l'oophorectomie
		Ménstruation	État général	Lésions superficielles	Viscères	Dates de l'oophorectomie et autres opérations		
17. Waterhouse.	37	Régul.	excell.	Douleur et enflure du bras ; masse derrière le pectoral fixée au côté, quantité de glandes derrière la clavicule. Ganglions derrière la clavicule droite aussi.	rien	Mai 97. Sein gauche, etc., enlevé avant que la tumeur soit ramollie (observée pendant 5 semaines avec plusieurs ganglions des axillaires. Août 99, oophorectomie, suites normales.	3 ans 14	donné pendant 4 mois Avril 1900 18 mois. Disparition du cancer apparent. Santé meilleure. Beaucoup de force. Souffre encore des rougeurs et de transpirations.

Cas dans lesquels l'oophorectomie eut peu ou pas d'effet, ou dans lesquels l'effet a été douteux

CHIRURGIEN	Age	A L'ÉPOQUE DE L'OOPHORECTOMIE					Total connu de la durée	Dernières notes après l'oophorectomie
		Règles	État général	Lésions superficielles	Viscères	Dates de l'oophorectomie et autres opérations		
18. Boyd.	49	Cessées 6 mois	altité émaciée	Nulles.	foie sternum humerus	Avril 96. Amputation du sein. Août 1891. Amputat. du sein, etc. Mars 97. Oophorect.	6 ans environ	Mort en 14 semaines.
19. Boyd.	64	Cessées depuis plusieurs années	bon	Massée dans le 2 ^e espace droit, fixée au sternum.	sternum	Avril 96. Amputation du sein. Mars 97. Oophorect. ovaires excessivement atrophiés.	4 ans 3/4	Juillet 1900 (40 mois). Pendant 18 mois la santé resta bonne et les blocs parasternaux à peu près les mêmes, puis ils augmentèrent beaucoup, s'ulcèrent et saignèrent. La santé diminua. Maintien. mort

21. Hopkins Walters.	55	Cessées- quelques années	faible	Hypertrophie du bras tumeur derrière le pectoral, nodules, l'un ulcéré, dans et sous la peau de la poitrine et dans l'ais- selle.	suspect	Oct. 1890. Enlève- ment du sein et des glandes. Oophorect. Mars 97.	pendant un temps court la santé revint, mais les glandes du sein n'existent plus, et des tumeurs appa- raissent à ce moment dans la cicatrice.	non	7 ans et plus	Avril 97 (1 mois). Mort. Atteinte d'un hydrotho- rax double, lésions dans l'estomac et le foie.	mortsurvint par infiltra- tion diffuse de la peau et une récidive de l'ulcéra- tion et des nodules s'é- tendant dans la cicatri- ce. 4 masses dans le sein droit. Fortes dou- leurs.
22. Berry.	54	Cessées 13 ans	bon	3 ou 4 assez grands noyaux autour de la cicatrice du sein, l'un ulcéré. Généra- lisation dans l'ais- selle.	rien	Nov. 98. Ulcération du sein droit, on l'enlève. Oct. 99. Oophorect.	Probablement aucun.	donné	4 ans 1/2	Mars 1900 (5 mois) Héma- plégie et mort.	
23. Boyd.	46	Rég.	bon	Grosse tumeur du sein ulcérée adhé- rente au pectoral. Aisselle envahie in- dûment. Un ou deux ganglions dans les triangles post.	foie	Mai 97. On enlève le sein, les gangl. du pect. et de l'aiselle et oophorectom. Les ovaires plutôt petits.	Quelques effets possi- bles pour prévenir la récidive locale qui semblait probable.	non	4 ans 1/2	Juill. 99. Excellente santé, aucune récidive locale, douleur dans la <i>cuisse</i> <i>droite</i> et claudication depuis fév. 99. Juin 1900. (37 mois) Mort. Grands ravages, foie envahi, doul. dans le dos et les deux jam- bes et apparem. hémipl. depuis fév. 1900.	
24.	32	3 fois dans les 6 der. semaines (gross.)	bon	Gangl. sus-clav. qui ne peuvent pas être complètement enle- vés.	rien	Mars 96. On enlève le sein droit. Nov. 97. Oophor. et ablat. par- tielle des gangl. sus- clav. Mars 99. On en- lève des noyaux qui compr. des nerfs de l'aiselle. Janv. 1900. Amp. au-dess. d. tub.	Quelq. effet possible avant restreint l'in- fluence en égard à l'âge de la malade, l'habitude du mal et la coexist. de la gros- sesse.	non	4 ans 3/4	juillet 1900 (32 mois). Mort.	

CHIRURGIEN	Age	A L'ÉPOQUE DE L'OOPHORECTOMIE				Dates de l'oophorectomie et autres opérations	Effets de l'oophorectomie	Thyroïde	Total connu de la durée	Dernières notes après l'oophorectomie
		Règles	État général	Lésions superficielles	Viscères					
25.	46	Régul. chaque 3 sem.	très faib.	Squirithe ulcéré et envahiss. de grandes dimens. adhérent au pect. Aisselle pleine de cancer.	rien	Nov. 97. On enlève le sein gauche, les ganglions de l'aisselle et du pectoral, ooph.	Probablement aucun; amélioration générale considérable; est probablement due à l'enlèvement du cancer ulcéré.	pris avec persist. malgré malgr. les effets physiolog.	4 ans	Sept. 98. 14 mois. Large récidive, noyaux dans le sein droit pas de lésion viscérale.
26.	40	Régul.	bon	Vaste récid. dans cicatrices. Masse dense dans l'aisselle. Nomb. gangl. dans le triangle post.	rien	Nov. 98. Sein gauche enlevé. Janv. 99. Curettage de l'aisselle. Mars 99. Oophorect. et curettage des récidives; ovaire gauche kystique, le droit est petit.	Douteux sinon nul.	non	16 mois	Mars 1900 (12 mois) Mort. Aucune récidive locale. « Sciatique » depuis Noël et noyaux dans avant-bras gauche. Ennervation, œdème des jambe, ictère et envahissement du foie.
27.	39	Régul.	bon	Noyaux dans la cicatrice du sein. 2 masses mobiles dans l'aisselle, un gangl. dur derr. clavicule. Bras et av.-bras très hypertropt. Quelq. noyaux dans le tissu dense, dans l'aiss.	rien	Nov. 94. On enlève le sein et les gangl. Juillet 98. On enlève 2 noyaux sous-cutanés de la paroi. Juin 99. Oophorect. le noyau de la cicatrice est excisé. Curettage de l'aisselle et libération des veines. Janv. 1900. Amputat. à l'épaule; la plaie guérit.	Probablement aucun.	pris pendant quelq. semaine.	6-7 ans	Quelques noyaux durs dans le sein et œdème du bras, douleur, insomnie, anémie, maigre, pertes de forces. Foie considérablement atteint. Après l'amputation du bras elle va mieux. Avril 1900 (11 mois) Mort.

29.	30	Régul.	Excell. très courage.	Grosse tumeur diffuse du sein droit entraî- nant la peau adhé- ras d'adh. avec pec- toral. Dans l'aisselle nombreux et petits noyaux sur la clav. La 1 ^{re} partie des vais- seaux traverse une gaine cancéreuse rigide.	rien	Avril 1900. Oophor. vieilles adhérences des ovaires et des trompes.	Probablement aucun.	non	5-6 mois	Récidive en deux mois.	tu de l'hôpital, mort progressive.
30. Beatson.	40	chaque 3 sem.	excell.	Grosse tumeur fixe dans le sein. Beau- coup de gangl. dans l'aisselle et derrière les deux clav. Beau- coup de douleurs.	rien	Oct. 95. Oophorect. seule.	Soulagement marqué de la douleur. Rava- ge léger du cancer.	donné	6 ans	1896. Mort. Généralisa- tion dans le foie.	
31. Cheyne.	32	Régul.	tr. faible	Sein inopérable.	rien	Mai 97. Oophorectom. seule.	Très légers effets.	donné	14 mois	Oct. 97 (5 mois). Mort. Tumeurs dans le foie et les poumons.	
32. Eve.	45	Régul.	excell.	Récidives de la cicat- rice s'étendent ra- pidement vers la paroi.	rien	Avril 99. Excision d'un gros squirrhe avec peau plissée et de ganglions. Oophor. 2 mois après.	Aucun.	?	10 mois	Mort deux mois après l'oophorectomie.	
33. Water- House.	44	Régul.	excell.	Petites récidives au- tour de la cicatrice. Innombrables petites masses derrière les clavicules. Hyper- trophie du bras.	rien	Nov. 97. Amput. du sein. Juill. 99. Oophorect.	Aucun.	?	2 ans 1/2	Avril 1900 (9 mois) Aggra- vation à tous les égards. En plus, mélanocite re- ligieuse qui menaçait ses jours.	

CHIRURGIEN	A L'ÉPOQUE DE L'OOPHORECTOMIE				Dates de l'oophorectomie et autres opérations	Effets de l'oophorectomie	Thyroïde	Total connu de la durée	Dernières notes après l'oophorectomie
	Age	Régul.	État général	Lésions superficielles					
				Viscères					
34. ?...eatby.	44	toutes les 3 sem.	excell.	3 noyaux à l'extr. de la cicatrice grossissant rapidement.	rien	Mars 99. Le sein malade est enlevé. Mai 99. On enlève les récidives à 2 reprises. Août 99. Oophorect.	Aucun.	cas aigus	3 mois après récidive à marche rapide, le bras commençant à s'enfler.
35. Bloxam.	45	Régul.	bon	Plus. petits noyaux dans le tissu graiss. et sous la cicatrice. Un ganglion derr. chaque clavicule.	rien	Déc. 96. Amputat. du sein droit et des ganglions contenus dans l'aisselle. Juin 97. Oophorect.	Légers sinon nuls. En un mois les noyaux deviennent plus petits et plus durs.	2 ans	Envoyée d'un hôpital à 4 milles. Lorsqu'elle arriva elle était « paralysée de la poitrine en bas ». Mort en 4 mois. Quelques petits noyaux restent.
36. Boyd.	42	Régul. mais pl. espac.	tr. maig. Cachex.	Tum. du sein presque entier adhérent au pectoral et à la peau. Petites ulcér. (3 sem.) derrière le mamelon. 8 petits noyaux aut. du sein (2 semain.) 5 glandes dures dans l'aisselle.	rien	Déc. 99. Oophorect. Amput. du sein droit de tous les noyaux de l'aisselle et des muscles pectoraux et sous-claviers.	En 4 mois les noyaux supérieurs de l'aisselle ont disparu, les inférieurs furent excisés. Le microscope ne décèle que du tissu lymphoïde. Gain de poids.	4 ans 1/2	Juillet 1900 (7 mois). Paraît bien, mais pense qu'elle diminue de poids. Signes de tumeur dans colonne vertébrale depuis 8 semaines. Petites glandes dures derrière le sterno-mast. droit.
37. Bidvell.	36	bas très faible	bon très faible	Ecart. de la cicat. à la fin mars. L'infiltrat. dans la peau comm. et s'étend maintenant sur plus de la moitié du corps c.-à-d. de la col. vertébr. au sein droit qui est compl. infiltr. en bas jusqu. dans le momb. infér. gauche, en haut jusqu. la clav. Bras œdématisé. Doul. fréq. et insupportable. Temp. 101.	rien	Janv. 1900. Amputat. du sein, des gangl. de l'aisselle et une grande portion du grand pect. à cause d'une grosse tumeur, mais rien à la peau. Noté seulem. pend. 2-3 semaines. Mai 1900. Oophorect. Ovaire droit kystiq. large fibrome utérin.	Les douleurs cessent et reviennent plus La vascularitat. de la peau et l'œdème du bras diminuent un peu. En 15 jours l'induration a rétrogradé d'un quart de pouce tout autour. Pas de changement ensuite.	6 mois	Juin 1900. Mort subite 5 mois après l'amputat. du sein, 24 jours après l'oophorect. Elle a de la dyspnée attribuée à la cuirasse. Pas de généralisation dans les viscères, pas d'examen post. Mort.

et l'aiselle sont cutanées.
Décembre 98. Oophorectomie. (adhérences autour de l'ovaire gauche).

brat jusqu'à l'aiselle droite autour du mamelon gauche et vers le bras à l'épaule la peau est hyperémisée et a perdu son élasticité.

2 nœuds dans l'aiselle et un dans l'autre sein.

excell.

39. Clifton.

34 Régul.

excell.

rien

1896. Excision de la tumeur.
1898. Curetage de l'aiselle et du sein.
1899. Oophorectomie.

Les nœuds restent stationnaires pendant l'observation.

donné à l'hôpital

2 ans au plus

Mort quelques mois après l'opération.

40. Battle.

39 Régul.

aménorrhée

rien

Empatement tr. étendu des gangl. sus-claviculaires.

Les ganglions diminuent d'abord, puis restent stationnaires plusieurs mois.

donné

?

Août 1900. Reentrée avec une paralysie due à un envahissement vertébral.

41. Pitts.

27 Régul.

bon

rien

Récidives dans la cicatrice et les ganglions.
1899. Excision des récidives.
1899. Oophorectomie.

Petite amélioration notée.

?

?

OBSERVATION DE G.-T. BEATSON (1)

(Résumée)

8 octobre 1900. — Femme de 44 ans ; tumeur du sein droit datant d'un an et demi.

Etat local très défavorable ; dureté des tissus ; augmentation de volume ; tendance à l'ulcération ; envahissement ganglionnaire dans l'aisselle.

Les viscères sont indemnes. Ni albumine ni sucre dans les urines ; la malade est encore réglée mensuellement.

On diagnostique un carcinome du type à marche rapide.

L'amputation locale n'étant pas indiquée, on décide l'oophorectomie.

Opération le 28 octobre après la période menstruelle ; deux ovaires kystiques.

L'examen microscopique d'une portion de la tumeur confirme le diagnostic d'espèce.

Suites opératoires excellentes.

Extrait de corps thyroïde le 7 novembre, administré d'abord à la dose de 5 grammes, augmenté jusqu'à 15 grammes.

Les rapports du médecin traitant sont satisfaisants : changement dans l'état local consistant en la diminution de la vascularisation de la tumeur, diminution de son volume et dispa-

(1) Extraite de la publication de Beatson *Oophorectomy in the cancer of the breast*, traduit de l'auteur même dont nous avons eu la bonne fortune de posséder l'ouvrage grâce à la bienveillance de M. Reynès.

rition des ganglions voisins, changements qui ont commencé sitôt après l'opération.

Santé générale excellente.

Le 28 avril (six mois après l'opération), toutes les traces de la lésion primitive pratiquement disparues. A la place, masse cicatricielle dure et plate, avec quelques noyaux autour ; peau saine ; disparition de l'engorgement ganglionnaire.

L'atrophie de la mamelle gauche n'est pas en proportion de celle de la droite.

Pas d'affection viscérale, mais douleur dans la colonne vertébrale.

Sous tous les autres rapports, santé bonne.

OBSERVATION

DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE PROFESSEUR FORGUE

(Carcinome du sein).

J. Dourdan, 46 ans, sage-femme. Début de la maladie il y a trois ans ; négligence absolue de tout traitement décisif.

Etat actuel à l'entrée : la mamelle gauche offre l'aspect caractéristique de la mammite carcinomateuse en masse. L'organe est considérablement tuméfié, il surplombe le plan thoracique de près de 7 centim. grâce à l'infiltration totale qui a durci et fixé l'organe. Il mesure dans ses dimensions : transversale 18 centim. et demi, verticale au niveau du mamelon 16 centim. et demi. Le mamelon est rétracté, l'aréole est occupée par une infiltration dure, et toute la peau de la région mammaire est le siège d'une « peau d'orange », surtout marquée dans le secteur interne. Et il est impossible de déterminer à la surface de la mamelle un pli cutané, et les adhérences que

cet état traduit sont surtout considérables dans le secteur interne de l'organe. D'ailleurs, le quart supéro-interne tout entier est occupé par une large ulcération qui mesure dans son diamètre transversal 7 centim. et demi, dans son petit diamètre 6 centim. Cette ulcération, dont le centre est occupé par un tissu gris jaunâtre en voie de désintégration, à odeur fétide, est bornée par un bourrelet d'une coloration rouge violacée, plus large en dedans qu'en dehors. Le pus sanieux de l'ulcération se continue de niveau avec le bourrelet, et le bourrelet rougeâtre se prolonge à la périphérie par une large infiltration annulaire de plus de 3 centim.

Toute la glande se montre à la palpation infiltrée et forme un bloc compact qui se prolonge dans l'angle supéro-externe par une très large masse remontant vers l'aisselle. A ce niveau, on constate, le long du bord externe du grand pectoral, la présence d'une plaque rougeâtre, non encore ulcérée, ayant 7 centim. de dimension transversale sur 5 centim. de dimension verticale au niveau de laquelle le tégument, en pleine épaisseur, est infiltré par la néoplasie. Cette plaque ovoïde, d'un rouge lie, se continue par une portion d'un rouge plus sombre, surtout en bas et en arrière. Elle traduit l'infiltration des téguments par une masse considérable qui, à la palpation, présente comme dimension transversale 12 centim., qui se continue en dedans avec le bloc mammaire ; en haut, se prolonge jusque dans le sommet de la pyramide axillaire, et, en dedans et en haut, se continue avec une épaisse masse sous-jacente au grand pectoral et remonte jusque près de la clavicule.

On ne constate pas de noyaux erratiques ; l'infiltration s'est faite tard, d'une masse confondant en un bloc la glande et les ganglions lymphatiques du groupe antérieur. La mamelle est très peu mobile sur les plans profonds. Le paquet d'adénopathie axillaire est à peu près immobile.

Juin 1904, opération : Castration utéro-ovarienne.

Remarques post-opératoires : Utérus du poids de 2 kil. 600 ; dimension verticale : 26 centim. ; dimension transversale : 22 centim.

Développement fibromateux de l'utérus dans la portion inférieure de l'organe, plutôt que vers le fond.

Il y a un gros fibrome inclus dans le ligament large gauche, ce qui a rendu malaisée l'extraction de l'organe.

L'utérus montre des fibromes interstitiels en voie d'évolution sous-séreuse à des étapes successives de cette pédiculisation sous-péritonéale depuis le noyau encore intrapariétal jusqu'au fibrome appendu par un pédicule étroit.

Abondante vascularisation.

6 juillet 1904. — Diamètre du sein :

Diamètre antéro-postérieur (au-dessus du milieu de l'espace inter mammaire	5 cm.
Diamètre transversal	16 —
Diamètre vertical	15 —

Diamètre de la plaie :

Longueur	6 cm.
Largeur	5 c. 8
16. — Diamètre ant.-post. du sein	4 c. 5
Diamètre transversal	15 c. 8
Diamètre vertical	15 cm.
Longueur de la plaie	5 c. 5
Largeur de la plaie	5 c. 5
18. — Diamètre ant.-post.	4 c. 5
Diamètre transversal	15 c. 6
Diamètre vertical	15 cm.
Longueur de la plaie	5 c. 5
Largeur de la plaie	5 c. 5

22. — Mêmes mesures.

Sortie le 23 juillet 1904.

Aucune amélioration manifeste du côté de l'ulcération mammaire. A noter seulement un certain affaissement de la masse et un assouplissement des tissus sous-cutanés qui ne sont point aussi tendus qu'avant l'intervention, mais c'est tout. En revanche les progrès du mal sont indéniables du côté de la plaque axillaire ; d'une part, la zone centrale présente une vascularisation accentuée, un amincissement plus considérable et paraît en voie d'ulcération prochaine ; d'autre part, la zone périphérique a rougi et s'est bosselée de quelques nodosités qui n'existaient pas il y a un mois. Enfin, dans la zone excentrique, vers le côté externe, se sont formés des nodules erratiques (squirrhe pustuleux de Velpeau) sous l'aspect de quatre papules de la grosseur d'une chevrotine.

Description de l'état actuel des lésions (novembre 1904, 3 mois et demi après l'opération) :

Placard axillaire agrandi, occupé au centre par une surface rougeâtre semée de bosselures de la grosseur d'un petit pois à une chevrotine superficiellement ulcérée et latéralement cernée par une série de nodosités de la grosseur moyenne d'un petit pois encore séparées de la demi-circonférence postéro-supérieure ; on en compte huit, mais confluentes dans la demi-circonférence antéro-supérieure.

En arrière, vers la région dorsale, les téguments présentent un épaissement considérable.

En avant, tout le plan du grand pectoral est infiltré, et cette infiltration s'étend jusqu'aux couches profondes, car le gâteau a perdu sa mobilité et ne présente que quelques oscillations transversales sur le plan thoracique quand on le mobilise.

L'ulcération qui occupe le segment supéro-interne de la mamelle s'est notablement agrandi ; c'est un grand ovale dont la grande dimension, obliquement dirigée de dedans en dehors

et de haut en bas, mesure près de 10 centim., et dont la petite dimension est de 8 centim. environ.

Le fond est occupé par une surface ichoreuse de tissu grisâtre, fétide, en voie de ramollissement.

Toute la peau de la région mammaire autour de cette ulcération est criblée de petites nodosités miliaires intradermiques du volume d'une petite lentille, très nettement perceptible lorsqu'on frôle tangentiellement la peau.

La mamelle est restée volumineuse et tendue.

La malade signale que sa mamelle est devenue plus mobile sur les plans profonds.

Elle ajoute, en outre, que le traitement par les rayons X lui procure une amélioration notable et lui permet, après chaque séance, des mouvements plus étendus de son bras du côté malade.

OBSERVATION DU DOCTEUR REYNÈS (1).

En mars 1903, entra à l'Hôtel-Dieu de Marseille, dans la clinique de mon maître, M. le professeur Combalat, une jeune femme de trente-deux ans.

Sans maladies graves antérieures, un peu anémiée jusqu'au moment de l'installation des règles, à treize ans, depuis lors bien réglée, cette jeune femme n'a aucune tare, aucune diathèse : rien à signaler dans les divers appareils digestif, pulmonaire, cardio-vasculaire ; léger arthritisme, un peu d'urates en excès dans les urines. Son père, de constitution faible,

(1) Extrait du *Congrès français de chirurgie* (16^e session, Paris, 1903, F. Alcan, éditeur).

mourut à la suite de grandes douleurs dans le ventre ; il eut, d'après la malade, un abcès au ventre, peut-être appendicite.

Je connais sa mère, ses sœurs de vingt et vingt-deux ans, son frère : ils sont en parfaite santé. Cette jeune femme, grande, forte, entre pour deux tumeurs bilatérales des seins, avec une vaste ulcération sur celui de gauche.

La maladie a débuté il y a neuf ans : à ce moment apparut, dans le sein gauche, une petite tumeur du volume d'un pois, indolore, adhérente à la peau. Elle consulta quelques mois après un médecin qui fit appliquer des mouches. Le premier noyau s'étendit progressivement en dedans et en dehors : bref, au bout d'un an, tout le sein est pris : il a une consistance dure ; il est rempli de noyaux multiples, indolores ; le bout est déformé, un peu enflé, rouge : il y a de la mobilité. Cet état dure environ trois ans. Puis à la place du premier noyau apparaît une petite tache rosée qui prend peu à peu une teinte violacée : la malade applique alors, pendant 38 jours, un bandage ouaté compressif. Quand elle l'enlève, on trouve sur le sein trois ou quatre petits tubercules gros comme des noisettes, violacés, recouverts de peau amincie et friables, un peu hémorragiques.

Entre temps — exactement depuis trois ans, — le sein droit a été envahi à son tour, et subit une évolution progressive analogue à celle du sein gauche. Au cours de cette évolution, la malade est vue par divers médecins ou chirurgiens : la bilatéralité, l'indolence des lésions, font penser à la possibilité de divers diagnostics : les uns pensent à un adénome, les autres à de la mammite chronique ; M. le professeur Combalat pensa à la maladie kystique de Reclus. Cependant, la maladie continuant, cette jeune femme, d'ailleurs vierge, entre à l'Hôtel-Dieu le 23 mars de cette année.

A ce moment, le professeur Combalat conclut à un double épithélioma et considère avec raison ce cas comme inopérable.

En effet, les deux seins sont bourrés de masses dures, adhérentes à la poitrine et à la peau : les mamelons sont rétractés ; la peau a l'aspect de celle de l'orange ; les ganglions axillaires des deux côtés sont volumineux et nombreux ; à gauche, une vaste ulcération, à type vraiment cancéreux, grosse comme un écu, surmontée par des bourgeons néoplasiques plus ou moins végétants : l'ulcère siège près du mamelon, qui est hyperplasié, saillant, volumineux ; tout autour existent des nodules rouges ou violacés d'infiltration carcinomateuse en imminence de rupture et d'ulcération. Il n'est guère possible de diagnostiquer autre chose qu'un double épithélioma : qu'il ait été précédé par un stade de mammite hypertrophique ayant présenté à un moment donné le tableau décrit par Reclus, c'est admissible ; mais actuellement le doute n'est pas possible : en outre la bilatéralité, l'extension des infiltrations néoplasiques *in situ* et dans les ganglions rendent l'opération impossible.

Il s'agit donc d'un cancer bilatéral inopérable et ulcéré des mamelles : plusieurs de nos collègues vérifient ce diagnostic et tous rejettent l'idée d'une opération. Les docteurs Vidal, André, Piéri ont vu la malade à ce moment.

C'est dans ces conditions que, chargé du service de clinique du professeur Combalat, je suis amené à prendre la direction de la malade.

Je refusai, comme M. Combalat, d'intervenir localement.

C'est alors que j'eus l'idée de proposer à la malade une laparotomie et la castration ovarienne.

Diagnostic microscopique. — Mais auparavant, je tins à avoir un examen histologique, pour consolider le diagnostic clinique. Le docteur André, alors chef du laboratoire des Cliniques à l'Hôtel-Dieu, examina un morceau pris en plein dans les masses ulcérées du sein gauche : il conclut au diagnostic d'épithélioma, que j'adoptai aussi.

A Paris, ces jours-ci, j'ai voulu avoir l'opinion des plus

grands maîtres de l'anatomie pathologique. M. le professeur Cornil, que je ne saurai trop remercier, et auquel M. Cazin eut l'amabilité de me recommander, voulut bien colorer une de mes coupes et l'examiner.

Son diagnostic, qu'il a bien voulu écrire lui-même de sa main, sur mon observation, est formel :

« *La tumeur est formée par un épithéliome tubulé, forme la plus commune du cancer du sein (Cornil).* »

Voici le détail de ce diagnostic, détail que j'ai transcrit sous la dictée du maître :

« On voit sur la coupe, vers la périphérie, un réseau de papilles net avec des signes d'irritation et d'inflammation externe : au-dessous des papilles on observe des îlots formés d'agglomérations de cellules épithéliales : les unes ont une forme arrondie ou irrégulière, et sont assez volumineuses ; les autres forment des travées minces, anastomosées les unes avec les autres, assez rapprochées et constituées également par des cellules épithéliales. Cet épithélium n'est pas volumineux : il est formé d'un protoplasma peu abondant, avec de gros noyaux ovoïdes. »

Le diagnostic de cancer n'est pas discutable.

Opération ; castration. — Le 20 mai 1903, je pratiquai à la malade la laparotomie ; j'enlevai très facilement l'utérus et les annexes, trompes et ovaires : je fis l'opération suivant le type américain, faisant une hystérectomie transcervicale. Je fus assisté par mon maître M. le professeur Combalat, par M. le docteur Piéri, chirurgien des hôpitaux, le docteur Aubert, interne, Espanet et Bonnaud, externes.

Sur les ovaires enlevés, je pus constater l'existence de corps jaunes typiques de menstruation, à divers degrés de régression : le dernier corps se rapportant à la dernière menstruation siégeait dans l'ovaire droit, et fermait un petit kyste hémorragique rempli de sang encore rouge et frais. Ces pièces

intéressantes me servirent quelques jours après pour une conférence aux sages-femmes faite à la Clinique d'accouchements.

Les suites opératoires furent parfaites : pas de fièvre ; pas de suppuration. En quinze jours, tout était guéri : la suture abdominale est des plus solides.

Marche vers la guérison. — Moins de vingt jours après l'opération, il était manifeste que les tumeurs subissaient une évolution régressive. Très rapidement l'ulcère bourgeonnant du sein gauche s'affaissa et se rétrécit ; *en deux mois la cicatrisation était complète* : et les deux seins cancéreux étaient diminués de plus de moitié. Ces faits ont été vérifiés par M. le professeur Combalat, et les docteurs Vidal, Piéri, chirurgiens des hôpitaux ; André, chef du laboratoire des Cliniques ; Aubert, et bien d'autres. Ma malade fut la curiosité du service : et tous, nous nous réjouissons de cette merveilleuse marche vers la guérison.

Actuellement (10 décembre 1903), *sept mois après l'opération*, l'évolution atrophique continue, à ce point que la malade la trouve exagérée : « Non seulement mes tumeurs s'en vont, dit-elle, mais mes seins aussi. »

Le 15 octobre 1904 (dix-sept mois après l'opération), M. Reynès présentait encore sa malade au Congrès de chirurgie, à la séance même où le docteur Doyen faisait l'histoire du *micrococcus neoformans* et du serum anti-cancéreux, et où la salle se partageait en deux camps : les partisans fidèles du bistouri, et ceux de la seringue à injection.

OBSERVATION

DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE PROFESSEUR JABOULAY.

Néoplasme du sein gauche inopérable. — Castration ovarienne,
24 novembre 1903 : mort, 4 mars 1904.

Durafour Adèle, 42 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel ; la malade est réglée régulièrement encore maintenant.

Début du néoplasme, janvier 1903 (sein gauche), masse indolore, adhérente tout d'abord à la peau.

Entrée à l'hôpital en novembre 1903. A ce moment : néoplasme du sein adhérent à la peau, rétractant le mamelon, adhérent au grand pectoral. Ganglions axillaires volumineux. Ganglions sus-claviculaires du même côté. Douleurs dans les membres inférieurs ; difficulté de la marche faisant supposer une généralisation à la colonne. Amaigrissement considérable.

Traitement. — Piqûres de quinine.

Acétonurie.

Une phlyctène se développe sur la face externe du néoplasme.

24 novembre 1903. — Castration ovarienne double, par voie vaginale.

Ovaire scléro-kystique d'un côté.

Suites opératoires : simples.

Le sein ne se modifie pas les premiers jours ; les douleurs de la colonne continuent.

Ulcération en décembre : hémorragies. On met de la pommade à la quinine. Les hémorragies cessent.

OEdème du bras gauche en janvier. La colonne vertébrale se dévie à la partie inférieure de la région dorsale.

En février, la colonne vertébrale se ramollit de plus en plus ; la malade ne peut plus marcher.

Cachexie. Mort le 4 mars 1904.

La tumeur s'était agrandie ; noyaux de généralisation sus-scapulaires.

OBSERVATION DE M. GUINARD.

(Rapport de la Société de Chirurgie, 23 mars 1904. — J. Dumont.)

« M. Guinard présente la malade atteinte de cancer fibreux du sein, chez qui il a pratiqué, en octobre dernier, l'hystérectomie totale avec ablation des annexes, pour un fibrome utérin concomitant. On se rappelle qu'à la suite de cette opération, cette femme avait vu disparaître rapidement son adénopathie axillaire et s'atrophier progressivement sa glande et sa tumeur. Or, aujourd'hui, on peut constater que les choses sont restées en l'état, la tumeur du sein a complètement disparu et la glande est atrophiée et à peine perceptible ; on ne trouve pas de trace d'adénopathie dans l'aisselle correspondante. Par contre, dans la peau qui avoisine le mamelon sont apparus depuis huit jours, trois petits noyaux durs qui sont bien évidemment cancéreux. Si la castration a modifié manifestement l'évolution de la tumeur mammaire, elle n'a donc nullement guéri le cancer, ce qui était d'ailleurs bien prévu.

» M. Guinard se propose d'enlever incessamment la glande atrophiée avec les noyaux. ».

Une lettre de M. Guinard à M. Reynès du 25 mars 1904. dit : « J'ai enlevé ce matin même le sein *guéri* de ma malade,

car il y avait des petits noyaux cancéreux qui se développaient dans la peau. »

M. Reynès nous a dit que le professeur Pinard possédait un cas de ce genre, dans lequel l'hystérectomie totale faite pour une raison d'ordre purement gynécologique amena la rétrocession d'un cancer du sein coexistant.

Nous n'avons pas eu la chance de pouvoir donner cette observation.

Ajoutons qu'en France, outre les cas de MM. Reynès et Guinard, les seuls publiés, on est autorisé à en citer d'autres encore inédits et qui appartiennent l'un à M. Mauclaire et l'autre à M. Jayle.

La méthode compte donc déjà à son actif un certain nombre de faits suffisants pour permettre d'en apprécier la valeur.

RESULTATS

Il est évident que nous ne pouvons pas conclure d'une façon absolue d'après l'examen de ces observations. En effet, ce qui nous oblige à être réservé, c'est le manque complet d'informations sur l'état de certaines opérées, suivies scrupuleusement jusqu'au jour où les observations ont été publiées, et perdues de vue ensuite, sinon par leur médecin, du moins par ceux qui ont fait les recherches.

Cependant, sur les observations que nous publions, le nombre des cas suivis jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à la mort, n'est malheureusement que trop considérable :

1° Dans vingt cas, la mort est survenue par les progrès du cancer local et la cachexie consécutive, ou par la généralisation viscérale ;

2° Dans dix autres cas, les dernières notes recueillies sont mauvaises :

Il y eut, soit mort par maladie intercurrente, soit mort imminente, soit état général très mauvais, soit récidue grave ;

3° Dans onze cas, les résultats sont bien meilleurs, mais malheureusement ce sont ceux qui ont été suivis pendant quelques mois seulement et dont on ignore les suites éloignées ;

Il y eut plus ou moins disparition des lésions locales, des

ulcérations et des indurations ; état général excellent en apparence.

Les autres cas sont ceux dont on ignore complètement les suites opératoires et l'existence même des opérés.

Toutefois, voyons si les survies obtenues sont suffisantes pour justifier l'intervention :

Dans notre premier groupe, les survies ont été :

46 mois	Beatson.	5 mois
37 »	Boyd.	5 »
32 »		5 »
17 »		4 »
16 »		3 »
12 »		3 »
12 »		2 »
11 »		1 »
9 »		3 1/2
6 »		Quelques mois

Dans le deuxième groupe :

40 mois	Boyd.	9 mois
17 »		7 »
14 »		3 »
12 »		2 »
9 »		4 1/2
		Forgue.

Dans le troisième groupe :

43 mois	Boyd.	13 mois
40 »	Hermann.	9 »
25 »	Eve.	8 »
24 »	Hermann.	6 »
14 »		18 »
14 »		Reynès.

Presque 4 ans, voilà le plus beau résultat. C'est celui de Beatson, c'est la première opération faite pour le cas qui nous intéresse.

Boyd et Hermann ont obtenu 43 et 40 mois...

Dans ces circonstances, il est évident qu'une opération même grave doit être tentée si elle peut prolonger en leur assurant une existence relativement confortable, la vie de malheureuses femmes destinées à des souffrances atroces et à une mort brièvement fatale.

Donc, étant donné le moment où l'oophorectomie reçoit ses indications, c'est-à-dire lorsque le cancer est inopérable, si les survies peuvent se compter par années, sa justification est faite.

Mais il faut envisager d'autres considérations :

1° Il est incontestable qu'à l'état physiologique normal, il existe une relation entre l'ovaire et la mamelle. Si, à l'état pathologique, cette relation, non seulement subsiste, mais est susceptible d'amener un processus de régression de lésions, il n'est pas admissible que cette influence agisse encore lorsque la glande n'existe plus. Or, dans le plus grand nombre des cas sur lesquels nous nous basons, l'oophorectomie avait été précédée d'une ablation de la glande mammaire. Et ce ne fut qu'après récidives dans la peau ou dans le tissu cellulaire de la poitrine qu'on tentait l'opération.

Les quelques cas non précédés d'excision locale de la tumeur cancéreuse sont ceux dont nous publions *in extenso* les observations, c'est-à-dire ceux de MM. les professeurs Forgue, Reynès, Jaboulay et Guinard.

Or, sauf la malade de M. Reynès, dont la survie actuelle est de 18 mois, et dont l'état local et général sont très satisfaisants, les autres n'eurent pas de bénéfice de l'opération : la malade du professeur Jaboulay, morte 3 mois et demi après

l'opération et celle de notre maître, M. le professeur Forgue, dont les lésions ont continué à progresser.

2° La deuxième considération, non moins importante dans l'examen des résultats, est celle de la plus ou moins grande malignité du cancer. Parmi ses différentes variétés, les uns ont une marche très rapide et évoluent en quelques mois ; d'autres, au contraire, se prolongent sans traitement des années entières. D'autre part, comme il est fort malaisé bien souvent de classer une tumeur dans l'une ou l'autre catégorie, le terme générique de cancer englobe tous les cas, et il ne serait pas impossible que certaines des malades les mieux guéries aient bénéficié à la fois et de l'opération et de la bénignité de leur tumeur.

Si nous cherchons la durée totale de l'affection dans nos statistiques, nous voyons qu'elle est en raison directe de la survie après l'opération ; ce n'est donc pas un facteur négligeable : plus de 5 ans dans le cas de Beatson ; 7 à 8 ans dans celui de Boyd ; 9 ans dans celui d'Hermann, etc.

3° Le traitement concomitant. — Or, presque toutes les opérées prirent pendant leur traitement, soit de l'extrait de corps thyroïde (Beatson et les Américains), soit de la quinine (Jaboulay, Reynès), ou furent traitées par les rayons X (professeur Forgue). Si ces influences furent minimes, n'ont-elles pas pu seconder avantageusement l'oophorectomie puisque dans certains cas elles agissaient seules ?

4° L'âge de la malade. C'est certainement un des facteurs les plus considérables du résultat et une indication très nette par conséquent pour l'intervention.

L'opération doit être faite autant que possible pendant l'activité génitale de la femme et encore au moment où cette activité est à sa plus haute manifestation, c'est-à-dire aussitôt après une menstruation.

C'est ce qu'avait dit Beatson, c'est ce qu'a observé M. Reynès, c'est malheureusement ce que n'ont pas pu faire beaucoup de chirurgiens, l'apparition du cancer affectionnant généralement l'âge de la ménopause.

CONCLUSIONS

En somme, au point de vue pratique, les résultats de la méthode n'ont pas été jusqu'à ce jour encourageants. Pas un seul des auteurs qui l'ont employée n'a écrit le mot « guérison ».

La statistique anglo-américaine de Boyd étiquette ses meilleurs cas : « plus ou moins améliorés », les autres comme n'ayant subi qu'une légère amélioration ou aucune amélioration.

En France, le nombre des opérées n'est pas encore assez grand, la méthode n'ayant été que difficilement adoptée pour pouvoir porter la même appréciation. Aussi, si l'on doit la juger sévèrement d'après le passé, il n'est pas téméraire peut-être d'en espérer davantage pour l'avenir, à condition de ne l'appliquer qu'avec une prudente réserve, en étant plus pessimiste que Beatson qui disait (1) :

« J'ai seulement adopté l'oophorectomie et l'extrait de corps thyroïde dans les cas inopérables. Même dans ceux-là on a pu constater quelques remarquables résultats. Serait-il injuste de soutenir que dans des cas plus favorables elle pourrait faire encore plus ? »

Les indications qui devront guider le chirurgien seront donc les suivantes :

(1) Beatson, in *the Oophorectomy for cancer of the breast*.

Elles seront relatives :

A la malade : femme en pleine activité génitale et par conséquent avant la ménopause.

A la maladie : dans les cas non aigus afin que l'influence thérapeutique ait le temps de se faire sentir avant que l'état des forces soit diminué ou qu'une généralisation viscérale ait commencé.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Montpellier, le 12 novembre 1904

Le Recteur,

BENOIST.

VU ET APPROUVE.

Montpellier, le 19 novembre 1904

Le Doyen,

MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- G. T. BEATSON (Surgeon to the Glasgow Cancer hospital). — On the treatment of inoperable cases of carcinoma of the mamma; suggestion for a new method of treatment, with illustrative cases. (20 mai 1896. Edimburg med and chir. society. In The Lancet, 11 juin 1896.)
- Oophorectomy for cancer of the breast.
- D^r Henry REYNÈS (prof. suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale à l'Ecole de médecine de Marseille). — Traitement des cancers inopérables de la mamelle par la castration ovarienne.
- St. BOYD. — On oophorectomy in cancer of the breast. — Communication à la British med. association. Congrès de 1900, in the British med. journal, 20 oct. 1900, p. 1161.
- REVUE MÉDICALE, 30 mars 1904. Rapport de la Société de chirurgie, 23 mars 1904.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
